

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

180

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

par

Simon MOSCOVICI

né le 30 août 1914 à BUCAREST (Roumanie)

*Contribution à l'étude
des ruptures utérines
en dehors du travail*

Président : M. JEANNIN , Professeur.

STUDIO STENO-DACTYL

5, rue du Pont-de-Lodi

PARIS (VI)

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

par

Simon MOSCOVICI

né le 30 août 1914 à BUCAREST (Roumanie)

*Contribution à l'étude
des ruptures utérines
en dehors du travail*

Président : M. JEANNIN , Professeur.

STUDIO STENODACTYL
5, rue du Pont-de-Lodi
PARIS (VI)

LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GULLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUDRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT
Assistance Médico-sociale	
	HAZARD
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (E.)	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ...	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM.	
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LEVY ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-	Pathologie chirurgicale.
DUTAILLIS	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .		BASSET	
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	Clinique chirurgicale.
CHABROL		GATELLIER ...	
DONZELOT	Clinique médicale.	MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL-			
LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEROUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune apurobation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

*Je leur dois tout, leur vie toute de labeur et de loyauté
est pour moi le plus précieux des exemples.
Infiniment reconnaissant de tant de sacrifices consentis, je leur dédie ce modeste travail, bien faible
témoignage d'une tendre et profonde affection.*

A MA SŒUR

A MON FRERE

Je leur exprime ici tout mon amour fraternel.

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN,
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine,
Accoucheur de la Clinique Tarnier,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

*Hommage de profonde reconnaissance pour le très
grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR J. BRET,
Interne des Hôpitaux de Paris,

*qui nous a inspiré ce travail et guidé de ses conseils.
Qu'il veuille bien trouver ici le modeste témoi-
gnage de notre profonde gratitude et de notre très
respectueux attachement.*

A NOS MAITRES
DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE

INTRODUCTION

Il est classique de décrire sous le nom de rupture utérine toutes les solutions de continuité de l'utérus gravis, qu'elles soient traumatiques ou spontanées, complètes ou incomplètes, étendues ou limitées, exposées ou abritées.

Leur existence est connue depuis longtemps et déjà au xvii^e siècle, Guillemeau, élève d'Ambroise Paré, a publié des observations avec vérification basée sur l'autopsie.

Vers le milieu du xviii^e siècle, Crantz fit une étude méthodique et depuis, elles ont fait l'objet d'un grand nombre de travaux.

Les ruptures utérines s'observent pendant la gestation et pendant l'accouchement, mais c'est surtout au cours du travail qu'elles sont plus fréquentes.

Les ruptures spontanées de l'utérus au cours de la gestation sont rares et nous les comprenons comme

« les ruptures qui surviennent en dehors de toutes les violences extérieures, manœuvres ou administration intempestive de substances destinées à provoquer l'expulsion du fœtus et qui sont le résultat de la contraction utérine, plus ou moins aidée par des causes prédisposantes variées.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service du Professeur Lévy-Solal, à la Maternité de Saint-Antoine, un cas de rupture spontanée de l'utérus gravide en dehors du travail chez une femme ayant subi antérieurement une césarienne.

Nous avons vu la difficulté que peut présenter le diagnostic en présence d'un tel accident, nous avons vu également que dans un cas semblable c'est de la rapidité de l'intervention que dépend la vie de la mère et qu'il importe de sauver au moins l'existence de celle-ci, puisque celle du fœtus est fatalement compromise.

Nous avons éliminé les ruptures dues à des traumatismes accidentels, celles survenues au cours des interventions obstétricales, tel que forceps, version, basiotripsie, etc..., pour ne retenir que les ruptures dues à des différentes causes non traumatiques et celles survenues chez des femmes qui ont subi une césarienne antérieure.

ETIOLOGIE ET FREQUENCE

Les ruptures de l'utérus observées en dehors du travail sont plus souvent traumatiques que spontanées. Sur 38 ruptures observées par Trask, 14 seulement peuvent être considérées comme spontanées.

Ivanoff (Moscou), dans l'espace de 1877 à 1901, sur 118.511 ruptures de l'utérus ne trouve que 124 cas de rupture en dehors du travail. Sauvage, dans les Archives des Maternités de l'Hôtel-Dieu et Baudeloque, ne trouve que 32 cas et Lampert-Manheim (Strasbourg), pendant 31 ans, ne trouvent que 21 ruptures.

D'après l'opinion des classiques, il semble que l'utérus se rompt surtout lorsque la femme atteint l'âge de 30 ans, plus souvent encore entre 30 et 40 ans. Jolly a relevé 156 cas chez des femmes de cet âge, pour 145 à toutes les autres époques de la vie.

L'âge de la gestation est un facteur à considérer. Exceptionnelles dans les premiers mois, où elles sont

le plus souvent confondues avec des ruptures de grossesse extra-utérine, les ruptures sont beaucoup plus fréquentes lorsque la gestation approche du terme. Sur les 38 cas cités par Trask, la rupture serait survenue 12 fois dans les premiers mois et 26 fois près du terme.

Sur leurs causes, Crantz disait, dans son *Traité des Accouchements* (1759) : « Il n'est point aisé d'assigner les vraies causes de rupture de matrice. Il s'en offre bien à l'esprit un grand nombre de possibles, mais qui sait si ce sont là les véritables causes et si on les observe. » Cette constatation que faisait Crantz à propos des ruptures de l'utérus en général, a conservé toute sa justesse, mais il est évident que certaines causes favorisantes entrent en jeu et ont leur part dans l'étiologie des ruptures spontanées de l'utérus.

La multiparité joue un rôle essentiel à en juger par les chiffres suivants : sur les 303 cas, y compris celles survenues pendant le travail, cités par Trask, il n'y a que 24 primipares. D'après Bandl, la proportion serait de 8 multipares pour 1 primipare et enfin, dans la thèse de Mme Cao-Si-Tan, Paris 1926, sur les 17 cas rapportés, il n'y a pas de primipares. Il semble bien que l'on puisse dire avec Doléris « que les grossesses répétées et surtout rapprochées concourent à la déchéance du système génital ».

A la suite de gestations répétées ou d'avortements antérieurs, l'utérus a pu être le siège d'une infection suffisante pour le léser, trop légère cependant pour rendre impossible la greffe ovulaire. L'infection, au

lieu de se limiter au stade d'endométrite, a gagné en profondeur. La paroi de l'utérus est atteinte et on y trouve des lésions d'endophlébite et de périphlébite, causes de dégénérescence granulo-graisseuse de la fibre utérine, ce qui rend le muscle utérin friable. Les accidents infectieux ont pu être aussi le point de départ d'une métrite aiguë, cause d'une congestion intense de l'organe. Celui-ci anormalement vascularisé, à vaisseaux nombreux et dilatés, est gros, rougeâtre, ramolli, facilement déchirable.

A côté de ces modifications de texture de l'utérus, d'origine inflammatoire, l'amincissement des parois de cet organe par blessures antérieures peut en favoriser la rupture. La délivrance artificielle pratiquée sur un utérus qui vient d'expulser le fœtus n'est pas sans dangers. En ne suivant pas bien le plan de clivage, la main lèse la paroi utérine en un point où le contact entre le muscle et les cotylédons placentaires est particulièrement intime. Au niveau de ce point, ainsi traumatisé, il y aura une zone de moindre résistance qui pourra céder au cours d'une nouvelle gestation.

La blessure de la paroi utérine sera encore plus fréquente au cours du curetage trop appuyé, surtout s'il est pratiqué peu de temps après un accouchement ou avortement. Le tissu utérin est très friable et très vulnérable à cette époque. Cette plaie évoluant en milieu infecté le plus souvent, est longue à se réparer. Il en résulte une cicatrice fibreuse, véritable sclérose, moins souple que le reste du tissu utérin, qui pourra se rompre sous une pression forte. Elle se rompra

d'autant plus facilement si elle est le siège de l'insertion du placenta au cours d'une nouvelle gestation.

Le même processus se produit au cours des manœuvres abortives, soit qu'elles aient été pratiquées au début de la gestation actuelle, soit à l'occasion des gestations antérieures. L'utérus a été lésé en un ou plusieurs points d'où résultent des cicatrices irrégulières peu souples, prêtes pour la rupture.

Le même mécanisme peut expliquer les ruptures de l'utérus survenues en dehors du travail, sur des utérus qui ont subi antérieurement une ou plusieurs césariennes. Par suite de la section des nombreux vaisseaux et nerfs lors des opérations précédentes, il se forme une zone d'atrophie de l'utérus où la paroi est très amincie (Obs. N° 1, 6, 7).

Les altérations pathologiques de la texture de l'utérus entraînent un état de moindre résistance des parois qui pourront se rompre facilement.

La dégénérescence fibreuse du muscle utérin, la présence des tumeurs interstitielles dans la paroi de l'organe (Obs. N° 4) favorisent la rupture.

Quant à la môle hydatiforme, son rôle est connu surtout pour la variété dite « perforante ».

Il est des cas où la rupture spontanée de l'utérus s'explique plus facilement. Ce sont ceux où l'utérus présente une malformation quelconque : utérus infantile, bifide, bicorne ou présentant un diverticule.

Enfin, dans toute une série de cas, on n'a pas pu préciser la cause de la rupture (Obs. N° 8).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On divise les ruptures de l'utérus en ruptures complètes et incomplètes. Ces dernières sont plus rares et sur les 230 cas cités par Merz, 46 sont des ruptures incomplètes pour 181 ruptures complètes.

La caractéristique des ruptures complètes est d'intéresser toute l'épaisseur de l'utérus et les trois tuniques : muqueuse, musculuse et péritonéale participent à la rupture. Quant au siège, il est variable, mais avec une prédominance pour le corps et spécialement pour le fond de l'utérus où la séreuse contracte des adhérences intimes avec le muscle et la déchirure a peu de chances de rester sous-péritonéale. Lewers apporte 10 observations sur 17 où la déchirure siège sur le fond de l'utérus.

La forme de la rupture est très variable. C'est tantôt une fente plus ou moins large (Obs. N^{os} 1, 2, 3), tantôt une perforation (Obs. N^o 8), tantôt un véritable cratère.

L'étendue de la lésion est variable, quelquefois laissant à peine l'œuf ou le placenta faire hernie. Souvent assez large pour que l'œuf complet soit accouché dans la cavité abdominale. Elle s'accompagne toujours d'un épanchement sanguin dans la cavité péritonéale, variable avec la région de la déchirure. Si la zone déchirée répond à la zone d'insertion placentaire et si elle se trouve sur le bord de l'utérus où la circulation est abondante, les vaisseaux sont volumineux et flexueux, l'épanchement sera plus abondant que si la rupture intéresse une des faces de l'utérus.

Les ruptures incomplètes se produisent surtout au moment du travail; elles sont très rares au cours de la gestation. Ce sont avant tout des ruptures du segment inférieur puisqu'à ce niveau le péritoine lâche, se laisse facilement décoller du muscle utérin.

Du point de vue de la lésion anatomique, l'opinion des auteurs est très variable.

C'est ainsi que pour Bayer et Blind, les cellules musculaires seraient atrophiées, déformées, réduites à une masse de protoplasme entourant le noyau et se prolongeant par un filament. Pour Freund, il s'agirait des lésions musculaires très peu prononcées.

D'autres auteurs attribuent la cause des ruptures spontanées de l'utérus gravide à la dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire. Il semble que la présence de corps gras dans la fibre musculaire pendant la gestation soit un fait anormal, puisque les travaux de Accouci ont montré qu'elle n'en contenait que quelques heures après l'accouchement, au début de l'involution utérine.

D'autres auteurs ont admis comme cause des pro-

cessus d'inflammation interstitielle ou une altération des fibres élastiques qui ont des contours peu nets et présentent par endroits des pelotes polypiformes. Enfin, dans certains cas, il s'agit des processus néoplasiques comme dans l'observation N° 4. On ne reconnaît plus la structure utérine normale, les couches profondes sont remplacées par une masse de tissus blanchâtre, mal limitée, de consistance fibreuse. Au microscope, on trouve des grandes cellules, comportant des noyaux multinucléés avec une membrane qui ressemble à un sac.

CLINIQUE

La rupture utérine au cours de la gestation est un accident brutal survenant généralement chez une multipare dont la gestation évoluait jusque-là normalement. Tout un cortège bruyant de symptômes attirent immédiatement l'attention sur l'abdomen.

Au moment de la rupture, la femme ressent une douleur aiguë, qu'elle ne peut pas localiser, en même temps qu'elle accuse une sensation de craquement et de liquide chaud qui se répand dans son ventre. Bien souvent, l'intensité de la douleur est telle qu'elle tombe en syncope. Ce qui frappe chez elle, c'est l'altération des traits, le visage angoissé, le faciès décoloré, les traits tirés, les yeux excavés, le nez pincé traduisant l'intensité de la douleur et la production d'une hémorragie.

La respiration devient fréquente, courte, les extrémités se refroidissent, la température s'abaisse, le

pouls s'accélère, devient petit, filant, incomptable; la mort survient dans le collapsus si l'on n'intervient pas.

A ces signes d'hémorragie interne s'ajoute une hémorragie externe généralement minime.

A l'inspection de l'abdomen, on note souvent du ballonnement; le ventre est rarement déformé, bilobé si le fœtus est passé dans l'abdomen. L'extrême sensibilité abdominale, surtout au niveau de la déchirure, l'hyperesthésie cutanée, la défense musculaire de la paroi, rendent difficile le palper. Néanmoins, on peut percevoir tantôt une tumeur unique, régulière, plus ou moins dure, tantôt deux tumeurs, l'une petite, régulière, c'est l'utérus revenu sur lui-même; l'autre, plus volumineuse, non contractile, c'est le fœtus complètement libéré dans la cavité abdominale, paraissant plus long que d'habitude, que l'on peut sentir très superficiellement sous la peau. La palpation peut fournir d'autres signes. Parfois, une crépitation caractéristique d'un emphysème, ordinairement localisé aux fosses iliaques ou à la région sous-pubienne (Jolly, Kiwisch, Schatz). D'autres fois, la fluctuation d'une tumeur liquide, ovoïde et médiane, due à un thrombus sous-péritonéal, pouvant être prise pour une rétention d'urine (Tarnier, Jolly, Schatz).

L'auscultation des bruits du cœur fœtal est négative, confirmant la présomption de rupture.

Au toucher vaginal, le col est fermé, parfois le doigt revient souillé de sang noir, sirupeux, poisseux, montrant qu'il a séjourné un certain temps dans les voies génitales. Rarement, la rupture utérine en dehors du travail s'accompagne d'une atteinte des organes voisins, vessie ou rectum.

De tous les signes fournis par l'examen, les plus importants sont ceux donnés par le palper, les signes généraux et fonctionnels sont quelquefois trompeurs. En effet, dans l'observation que nous publions, les signes fonctionnels n'existent pour ainsi dire pas, et le diagnostic n'a été posé que par la présence des signes de grande hémorragie et la connaissance des antécédents. La grande douleur abdominale, signe capital pour le diagnostic, faisait défaut, et la femme n'e souffrait point.

Le malaise brutal, la tendance syncopale, le faciès shocké avec de la pâleur, le nez pincé, le refroidissement des extrémités, un pouls à 120, filant, mais régulier, une T.A. basse à 6 et avec une minima imprenable, ont fourni autant d'éléments qui, s'ajoutant aux antécédents de césarienne antérieure, nous ont aidé à faire le diagnostic. Tel est le cas représenté par notre observation se rapprochant de celui d'une femme enceinte de huit mois, rapportée par Rhenter qui, après avoir présenté des coliques abdominales, ne paraissait avoir aucun caractère de gravité, fut trouvée morte dans son lit, lentement saignée, sans avoir émis la moindre plainte, sans avoir présenté le plus petit symptôme suspect à l'entourage. Entre la rupture lente et dramatique, tous les intermédiaires sont possibles.

EVOLUTION — PRONOSTIC — TRAITEMENT

En ce qui concerne l'évolution et le pronostic de la rupture utérine, ils sont :

Pour le fœtus, toujours sombres. Il meurt au moment de la rupture.

Pour la mère, ils sont subordonnés à la violence du shock, à l'abondance de l'hémorragie et aussi à la rapidité de l'intervention. Seule, une intervention d'urgence peut sauver la femme car, d'après Pozzi, « Temporiser, c'est, dans la grande majorité des cas, laisser mourir la femme pour ne pas assumer la responsabilité d'une opération cent fois moins grave que l'attente ». C'est l'état de shock hémorragique s'aggravant rapidement qui commande l'intervention. L'opération doit être pratiquée chez la femme soutenue par des injections de sérum et des transfusions. Le choix de l'opération dépend de la préférence du chirurgien et suivant le siège de la lésion : hystérec-

tomie totale pour certains, subtotale pour d'autres.

Quant à la suture utérine, elle est à rejeter, car l'intervention est longue et on intervient sur un utérus déjà lésé. D'autre part et surtout, la rupture peut se produire à une nouvelle gestation, car nous avons vu que des cicatrices anciennes étaient une amorce pour une nouvelle rupture. Elle pouvait être envisagée dans certains cas, quand l'état de la femme le permet et quand ses dimensions sont réduite (Obs. n° 8).

DIAGNOSTIC

En ce qui concerne le diagnostic, il doit être précoce, car comme nous l'avons vu, c'est de la rapidité de l'intervention que dépend la vie de la femme. Il faut penser à la possibilité d'une rupture spontanée de l'utérus chez une femme enceinte qui présente une pareille symptomatologie, d'autant plus que la recherche des antécédents aura attiré l'attention sur des accouchements antérieurs, des interventions post-partum, des avortements provoqués ou si l'on soupçonne quelque malformation génitale:

Pendant la première moitié de la grossesse, si les troubles intestinaux, vomissements, diarrhée ou constipation sont très accusés, il faudra éliminer les accidents extra-génitaux qui peuvent donner le change, tel que une péritonite par perforation dans le cas d'une appendicite, cholécystite ou ulcus.

Deux accidents auxquels on pense le plus souvent doivent être surtout éliminés :

1° L'avortement dans sa forme syncopale sera éliminé car l'état général de la femme reste bon, et le toucher vaginal décèle le travail.

2° La rupture d'une grossesse ectopique, car si elle s'accompagne de douleur brusque avec tendance syncopale et signes d'hémorragie interne, le toucher vaginal permet de percevoir la présence d'une masse annexielle avec une douleur élective dans un cul-de-sac.

Si la rupture se produit dans la seconde moitié de la grossesse, le diagnostic que l'on porte le plus souvent est celui d'hémorragie rétro-placentaire. Si, dans les deux cas, la douleur est vive, les phénomènes hémorragiques sont les mêmes, dans l'hémorragie rétro-placentaire l'utérus est volumineux, sa consistance est ligneuse et le segment inférieur est dur comme une scabille de bois qui s'enfonce dans l'excavation (Pinard). A côté de ces signes, le syndrome toxhémique de l'hémorragie rétro-placentaire fait défaut dans la rupture utérine : la T. A. n'est pas élevée, les urines ne sont pas albumineuses.

L'insertion vicieuse du placenta peut fournir une cause d'erreur, mais les caractères de l'hémorragie et l'absence du *shock* péritonéal suffisent pour faire le diagnostic.

Enfin, il faut faire le diagnostic des formes anormales et c'est précisément celles-ci qui offrent le plus de difficulté. Les douleurs, en effet, sont un signe capital qui, à lui seul, nous a fait discuter les diagnostics précédents. Si celle-ci manque, comment faire le diagnostic?

On est en présence d'un tableau de shock : s'agit-il d'un shock toxique, circulatoire ou hémorragique? L'absence de haute tension et d'albuminurie, le pouls petit, rapide, mais régulier, ne peuvent évidemment orienter que vers un shock hémorragique que confirme la pâleur, le refroidissement des extrémités, l'efficacité transitoire et insuffisante des transfusions. S'il s'agit d'un shock hémorragique, il ne peut s'expliquer par une hémorragie externe, car elle est habituellement minime. Il ne peut s'expliquer que par une hémorragie interne. Les causes d'hémorragie interne, dans la seconde moitié de la grossesse, ne sont pas tellement fréquentes, et pour nous amener au diagnostic de rupture utérine, il n'est qu'à penser aux interventions subies généralement par les femmes dans leurs antécédents, que ce soit un curettage, une manœuvre abortive, une césarienne ou un forceps difficile.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 (inédite).

Rupture utérine sur cicatrice de césarienne corporelle antérieure, à début brutal, syncopal, non douloureux.

(Cas suivi dans le service de M. le Professeur Lévy-Solal, à la Maternité de Saint-Antoine.)

Mme Joséphine C..., 24 ans, 4 accouchements antérieurs dont les 3 premiers normaux. Elle a subi, en 1937, lors de sa quatrième grossesse, une césarienne pour insertion vicieuse du placenta et mauvaise présentation de l'enfant. La date des D. R. est inconnue. Actuellement, c'est sa cinquième gestation dont l'évolution, jusqu'à ce jour, a été normale.

Le 7 août 1939, à 1 h. 30, sans le moindre signe prodromique, sans la moindre douleur, la femme a présenté un malaise brutal, accompagné d'un état syncopal.

A 2 h. 45, elle est admise dans le service et, à son entrée, la femme est toujours en syncope; elle est pâle, le nez est pincé, les extrémités sont refroidies, le pouls est à 120, la température à 37°2, la tension artérielle maxima : 6, minima imprenable (Pachon).

A l'examen, on constate que la présentation est en transverse, la tête se trouvant dans l'hypochondre gauche et le siège dans la fosse iliaque droite. Les B. d. c. ne sont pas perçus, le col est long et fermé à son orifice interne, la femme ne saigne pas. La grossesse paraît loin du terme. On fait la réduction de la présentation par version externe, la tête est ramenée dans l'aire du D. S. et maintenue par des tampons. L'utérus ne paraît pas hypertendu, ni contracté, mais il y a excès de liquide. On lui fait une solucamphre et un présyl.

A 5 h. 30, les douleurs utérines apparaissent et sont de plus en plus rapprochées. Le fœtus est toujours verticalisé, l'utérus est souple. Le toucher vaginal montre un col long, fermé à son orifice interne; le segment inférieur est épais, on sent mal la présentation car il semble qu'il y a quelque chose interposé entre elle et le doigt. L'état général est meilleur, le pouls est à 120, T. A. : 7 1/2-4.

A 8 h. 45, le pouls est à 124, T. A. : 9 1/2-7, température 37°2.

A 9 h. 45, on constate que la présentation est très haute, le col est perméable, le placenta est certainement inséré bas. Les B. d. c. ne sont pas perçus. On fait une transfusion, un présyl intra-veineux et de l'huile camphrée.

A 10 h. 15, le pouls à 160, T. A. : 9 1/2-7 1/2.

A 10 h. 30, l'état de *shock* persiste, *shock* d'origine vraisemblablement hémorragique. Le pouls est à 140, la T. A. s'est relevée légèrement. A la palpation de l'abdomen, on constate l'existence d'une masse semblant répondre à un utérus gravide près du terme, sensible surtout au pôle supérieur, régulièrement arrondi et ne présentant pas de contractions pendant la durée de l'examen. Les B. d. c. ne sont pas perçus, il n'y a pas d'hémorragie externe.

A cause de l'intervention antérieure, on fait le diagnostic de rupture utérine et on décide d'intervenir 9 h. 30 après le début des accidents.

Intervention (opérateur : M. Bret, aide Mlle Bournisien); grande incision sous et para-ombilicale remontant de quelques centimètres au-dessus de l'ombilic. Dès l'ouverture, on trouve du sang en abondance. En refoulant vers le haut la masse intestinale, on tombe sur un œuf complet accouché dans l'abdomen qu'on réussit à extérioriser sans rompre. Au cours de l'extériorisation de l'utérus, on se rend compte que le placenta était encore vaguement adhérent en bas de l'utérus.

L'utérus est rompu sur toute la hauteur de l'ancienne cicatrice et rétracté dans le fond du petit bassin; la surface de la rupture suinte.

Hystérectomie, fermeture en 3 plans. Suites opératoires bonnes. 20 jours après, la femme sort en excellent état.

OBSERVATION N° 2 (résumée).

Rupture spontanée de l'utérus au 7^e mois de la grossesse par Ladinski (Presse Médicale, 24 mars 1906).

Mme X..., 28 ans, cinquième gestation, 3 accouchements normaux, un avortement il y a 7 ans. Le dernier accouchement il y a 5 ans, a été suivi d'un curettage.

Actuellement, grossesse de 7 mois. Il y a 5 jours, elle éprouva quelques douleurs. A ce moment, l'examen montra un enfant vivant, en bonne position : le col n'étant pas dilaté.

Brusquement, la femme présente une violente douleur abdominale accompagnée de fréquentes nausées, suivie de collapsus. La respiration est fréquente et suspireuse; le pouls est filiforme et presque imperceptible.

A l'intervention, on trouve un abdomen rempli de sang. L'œuf, intact, flotte dans la cavité abdominale, le fœtus est mort. La matrice présente dans la partie supérieure et droite de sa face antérieure une déchirure de 10 cm., et en plusieurs endroits des lésions semblant des cicatrices anciennes, dues, soit au curettage maladroitement fait, soit à la délivrance artificielle qui a été laborieuse et a dû arracher de petites portions de la paroi utérine.

OBSERVATION N° 3. (résumée).

Un cas de rupture utérine pendant la grossesse, par Trillat et Emery.

Communication à la Soc. d'Obs. et Gynéc. de Lyon dans la séance du 9 juillet 1920 (Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris, page 509, t. 19, 1920).

Mme X..., 32 ans, six gestations.

Deux accouchements normaux en 1903 et 1905, suivis de trois avortements dont le premier a été provoqué et le troisième se compliqua de rétention placentaire et nécessita deux curettages successifs.

Actuellement, grossesse de 7 mois, accouchement probable pour 8 janvier.

Le 14 novembre, à 16 heures, alors que la femme se livrait à un travail peu pénible, elle ressentit une violente douleur dans la partie inférieure de l'abdomen, s'accompagnant de vomissements, mais pas d'état syn-copal ou d'hémorragie externe.

Le 15 novembre, à l'examen, on constate que la femme présente un faciès de grande hémorragie.

L'examen de l'abdomen montre une distension exagérée de la masse intestinale au niveau du colon transverse qui fait une saillie très marquée vers le fond de l'utérus.

La palpation utérine est facile, le fond est à 34 cm., les pourtours sont parfaitement délimités, la paroi utérine est de consistance normale. Il n'y a pas de zone douloureuse dans la région sus-pubienne. Le toucher

montre un col mou, fermé, de longueur normale. On n'entend pas les B. d. c. A l'intervention, on trouve : un Douglas rempli de caillots. La paroi postérieure de l'utérus présente une déchirure à travers laquelle s'est produit une hernie cotylédonnaire.

L'examen macroscopique de la pièce montre qu'il s'agit d'une rupture siégeant en arrière et à la partie tout à fait inférieure du corps de l'utérus. Malgré la rétraction du corps au niveau de la déchirure, on note un amincissement progressif très net du muscle aboutissant à la rupture. La rupture peut s'expliquer par les manœuvres auxquelles la femme a été soumise lors de son avortement provoqué et par les deux curetages qu'elle a subis.

OBSERVATION N° 4 (résumée).

Rupture spontanée du fond utérin au voisinage du terme en dehors de tout début du travail; leiomyome malin de l'utérus, par Bonnet, Bousillon, Marion et Meneault. Communication à la Soc. d'Obs. et Gynéc. de Lyon, séance du 7 février 1938 (Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris, page 246, Tome XXXVII, 1938).

Mme X..., 38 ans, dixième gestation, 7 grossesses normales, 2 avortements suivis de curettage. Accouchement probable pour 30 novembre 1937.

Le 27 novembre, la femme qui supportait bien sa grossesse va laver l'après-midi. Vers 16 heures, elle ressent un point douloureux abdominal, peu violent,

mais persistant, sur l'utérus, dans la région ombilicale. Elle arrive dans le service vers 19 heures.

A l'examen, on ne constate rien d'anormal, sauf un point douloureux, très net, spontané et provoqué, à 3 cm. au-dessus et à droite de l'ombilic.

A 20 h. 30, la femme présente des malaises, la douleur s'accuse davantage. Au toucher, il n'y a pas de signes de travail.

A minuit, alors qu'elle sommeillait, elle ressent une douleur abdominale brutale, véritable sensation de déchirure, suivie de lypothimie. Le pouls est à 120, mais bien frappé. La saillie utérine a fait place à un ventre étalé d'ascitique. A l'examen de l'abdomen, on sent le fœtus sous la paroi dans la fosse iliaque gauche. Les B. d. c. ne sont pas perçus. L'utérus est contracté. On sent un épanchement important donnant la sensation de flot.

A l'intervention, on constate que : l'utérus rétracté présente une rupture étendue au niveau du fond qui paraît avoir éclaté. La brèche est médiane, antéro-postérieure, se prolongeant sur la face antérieure. Elle est longue de 15 cm. et large de 10 cm. On ne reconnaît pas la structure utérine normale, les couches profondes sont remplacées par une masse de tissus blanchâtre, mal limitée, de consistance fibreuse. Au microscope, on trouve des grandes cellules comportant des noyaux multinucléés, avec une membrane qui ressemble à un sac.

OBSERVATION N° 5 (résumée).

Laparatomie suivie d'hystérectomie pour rupture utérine avant tout début de travail.

Mme Cao si Tan, Thèse de Paris, N° 352, 1926; p. 37.

Mme L..., 26 ans, quatrième gestation.

Un accouchement normal en 1922.

Deux avortements provoqués, le premier de 3 mois, en 1923, le deuxième de 1 mois, en 1924.

Actuellement, grossesse de 7 mois 1/2. La femme a été suivie dans le service.

Le 15 octobre 1925, pendant que la femme est au dortoir, elle ressent une douleur violente, brusque, dans la partie inférieure et droite de l'abdomen. Elle accuse nettement une sensation de déchirure. L'examen est très difficile car l'abdomen est douloureux, surtout à droite, et l'utérus est dur dans son ensemble. A l'auscultation, on croit entendre les bruits du cœur. Le toucher ne montre aucun signe de travail.

Par la suite, la femme continue à se plaindre. Son état général s'aggrave, le faciès est shocké, hémorragique, le ventre devient de plus en plus douloureux. Le pouls est à 160, faible, rapide; T. A. : 9-6.

A 11 heures, on intervient. On trouve une grande quantité de sang intrapéritonéal. Le fond de l'utérus présente une déchirure complète par où fait issue l'œuf. C'est une crevasse à bord irrégulier, longue de 8 cm. Au microscope, les faisceaux musculaires ne présentent aucune modification anormale.

OBSERVATION N° 6 (résumée).

Rupture spontanée de l'utérus au 7^e mois, par H. Pigeaud. Communication à la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Lyon, séance du 7 novembre 1938 (Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris, page 769, tome XXXVII, 1938).

Mme C..., 38 ans.

Première grossesse en 1936. Au 8^e mois, on pratique une césarienne corporelle rapide, l'état de la malade paraissant désespéré à la suite d'un accident. Enfant vivant qui meurt après 48 heures. La malade guérit.

Deuxième grossesse en 1938. Au cours du 7^e mois et sans cause apparente, la femme présente un syndrome abdominal douloureux s'accompagnant de lypothimie. 8 heures après le début des accidents, on intervient.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une déchirure complète de l'ancienne cicatrice de césarienne, l'utérus rétracté ne saignant plus, l'œuf est complètement expulsé dans la cuvette abdominale qui est remplie de sang.

Extraction de l'œuf, hystérectomie, transfusion.

OBSERVATION N° 7 (résumée).

A propos d'un cas de rupture utérine spontanée au 8^e mois, entre deux cicatrices de césarienne cor-

poréo-fundique antérieures, par M. Georges Kessler. Communication à la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Strasbourg, séance du 14 mai 1938 (Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris, p. 632, t. XXXVII, 1938).

Mme X... vient consulter au 6^e mois de sa grossesse. Elle a subi deux césariennes en 1932 et 1934 pour bassin rétréci. Le terme de l'accouchement est fixé approximativement pour le 22 juillet.

Dans la nuit du 19-20 juin, elle est surprise au milieu du sommeil par deux douleurs péri-ombilicales en coup de poignard qui, après deviennent moins intenses, mais se généralisent à tout l'abdomen. En même temps, elle présente des vomissements et des vertiges. Trois quarts d'heure après, elle entre dans le service. A l'examen, on se trouve en présence d'une femme très shockée. Le pouls est à 120, T.A. : 105-80. L'abdomen est très sensible à la palpation avec une défense musculaire très marquée, surtout au pôle supérieur de l'utérus qui est fortement contracté et légèrement déplacé vers la droite. On n'entend pas les B.d.c. Le toucher montre que la femme ne perd pas, le col est long de 3 cm., l'orifice externe est à peine perméable, mais on trouve une forte sensibilité dans le Douglas.

A l'intervention, on trouve un utérus qui présente une déchirure corporéo-fundique antérieure, de 10 cm. de longueur, par laquelle fait entièrement hernie le placenta, avec une partie des membranes.

L'examen de la pièce montre nettement les deux cicatrices curvilignes des hystérectomies antérieures. Elles déterminent une surface vaguement ovulaire,

où la paroi utérine, très atrophiée, n'atteint même pas 1/4 cm. d'épaisseur. La partie atrophiée, parfaitement lisse de deux côtés, est de coloration jaune-rosée. La rupture est située à peu près au milieu de deux cicatrices. La cause de l'atrophie doit probablement être recherchée dans la mauvaise vascularisation et innervation, par suite de la section des nombreux vaisseaux et nerfs, lors des opérations précédentes.

OBSERVATION N° 8 (résumée).

Rupture spontanée de l'utérus au 3^e mois, par M. Jung (de Metz). Communication à la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Strasbourg, séance du 7 janvier 1922. (Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris, page 60, t. XXI, 1922).

Mme X..., 40 ans, cinquième gestation, 4 accouchements normaux, pas d'avortement. D. R. fin février.

Le 26 mars, la femme présente des pertes de sang très fortes qui durent une demi-heure.

Le 14 mai, à 11 heures, elle ressent de fortes douleurs dans le ventre s'accompagnant de vomissements. A 19 heures, on constate que la femme est très anémiée; le pouls est imprenable, elle est apathique.

L'examen de l'abdomen montre un utérus gros comme un poing et douloureux et la présence d'une hémorragie intra-péritonéale. Le toucher montre que le col est fermé et qu'il n'y a pas de différence entre les deux annexes.

On intervient d'urgence en faisant une laparotomie

et on trouve que les trompes des deux côtés sont intactes. Par contre, l'utérus présente une plaie, déchirure grande de la grandeur d'une pièce de 1 franc, par laquelle on voit les villosités.

On fait la suture de la plaie utérine. On nettoie la cavité péritonéale et on ferme la paroi. Les suites opératoires sont bonnes et la femme guérit. L'étiologie de la déchirure reste inconnue, car l'enquête n'a pu trouver aucun traumatisme, aucune manœuvre criminelle. Il s'agit donc d'une rupture spontanée de l'utérus.

CONCLUSIONS

Nos conclusions porteront sur trois points :

I. Les ruptures utérines en dehors du travail sont rares. Pour saisir ce fait, il n'est qu'à se reporter aux statistiques précédentes.

II. A côté d'un tableau typique, il existe des formes trompeuses où seuls les signes généraux existent et où le diagnostic sera fortement aidé par l'étude des antécédents.

III. Enfin une conclusion opératoire s'impose, conclusion que d'ailleurs nous ne sommes ni les seuls, ni les premiers à formuler, c'est que si la césarienne haute est plus facile, elle présente pour l'avenir beaucoup moins de sécurité que la césarienne basse.

Vu : le Président de la thèse,

Jeannin

Vu : le Doyen.

Tiffeneau.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAR et MERCIER. — Des ruptures spontanées de l'utérus gravide (*Bull. Soc. Obst. Paris*, 9 février 1898, p. 36-45).
- BAQUEL. — Sur le diagnostic et le traitement des ruptures utérines (*Arch. Méd. d'Angers*, 1905, pp. 33, 74, 97, 139).
- BONNET, BOUSILLON, MARION et MENEULT. — Rupture spontanée du fond utérin au voisinage du terme en dehors de tout début de travail, leiomyome malin de l'utérus (*Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris*, p. 246, tome XXXVII, 1938).
- CAO-SI-TAN. — Contribution à l'étude des ruptures spontanées de l'utérus gravide en dehors du travail. Thèse Paris, N° 352, p. 37, 1926.
- CRANTZ. — Traité d'accouchement, 1759.
- DECHAUX. — Rupture de l'utérus (*Union médicale*, Paris, 1847).
- FABRE. — Précis d'obstétrique.

- FAURE et SIREDEY. — Traité de gynécologie.
- GUILLEMEAU. — De la grossesse et de l'accouchement, Paris, 1621.
- HERGETT. — Considération sur l'étiologie des ruptures utérines et sur leur traitement (*Revue Méd. de l'Est*, Nancy, 1905, XXXV, pp. 602-605).
- JUNG. — Rupture spontanée de l'utérus au 3^e mois (*Bull. de la Soc. Obst. et Gynéc. de Paris*, p. 60, t. XXI, 1922).
- KELLER. — Difficultés du diagnostic de la rupture utérine (*Gynéc. et Obst.*, 1921, p. 112).
- KESSLER (Georges). — A propos d'un cas de rupture utérine spontanée au 8^e mois entre deux cicatrices de césarienne corporéo-fundique antérieures (*Bull. de la Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris*, p. 632, tome XXXVII, 1938).
- LADINSKI. — Rupture spontanée de l'utérus au 7^e mois de la grossesse (*Presse Méd.*, 24 mars 1906).
- MAUCLAIRE. — Cicatrices utérines et leurs ruptures (*Arch. gén. de Chirurgie*, Paris, 1908, pp. 144-164).
- PIGEAUD (H.). — Rupture utérine spontanée au 7^e mois (*Bull. de Soc. d'Obst. et Gynéc. de Paris*, p. 769, tome XXXVII, 1938).
- POZZI. — Traité de gynécologie clinique et opératoire.
- RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- SAUVAGE. — Anatomie pathologique. Traitement des ruptures utérines pendant le travail. Thèse Paris, 1901-2.
- TARNIER et BUDIN. — L'art de l'accouchement.
- TRILLOT et EMERY. — Un cas de rupture spontanée de l'utérus pendant la grossesse (*Bull. Soc. Obst. et Gynéc.*, Paris, 1920, p. 509).

